1999-34992

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

343

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. CHARLES DALAYRAC

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE CLERMOND-FERRAND

Né au Lherm, le 16 juillet 1884

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

l'Examen clinique de la Coxalgie au début

AVEC 25 FIGURES EXPLICATIVES

Président : M. SEGOND, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

36793

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. LANDOUZY.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. / WIDAL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Cllinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	QUENU. / RECLUS. / SEGOND. / DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BAR. / RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculte : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

M. le Professeur Félix De LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris.

En témoignage de ma reconnaissance profonde ainsi que de ma très vive et respectueuse affection.

A MA FEMME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur P. SEGOND

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A M. le Professeur agrégé AUGUSTE BROCA

Chirurgien des hôpitaux.

qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse et nous a toujours montré une extrême bienveillance.

Qu'il nous soit encore permis de remercier nos maîtres de Clermont-Ferrand et de Paris. A Clermont, nous eûmes l'honneur d'être l'interne de M. le Professeur Bousquet, Directeur de l'Ecole de Médecine, ainsi que de M. le Professeur Maurin. Nous les prions d'accepter ici l'hommage de notre profond dévouement.

Auprès du Professeur Buy, nous passâmes d'excellentes heures à étudier l'anatomie et la clinique. Nous nous en souviendrons toujours et avec une infinie reconnaissance.

Nous conservons, d'ailleurs, une sincère gratitude à tous nos maîtres de l'école de Clermont et en particulier à MM. Pojolat, Billard, Lepetit, Piollet, Argaud, et Dionys du Séjour.

A Paris, nous eûmes la bonne fortune de suivre l'enseignement de M. le Professeur Bar ainsi que celui de MM. Bazy et André Petit. Nous leur adressons nos bien sincères remerciements pour l'extrême bienveillance qu'ils ont bien voulu nous témoigner. Enfin, c'est dans le service du Docteur Broca que nous trouvâmes les matériaux nécessaires à notre thèse. M. Legrand, interne, nous communiqua quelques photographies originales et M. Klaitz, assistant, nous donna de nombreux et fort utiles renseignements. Nous les remercions tout particulièrement.

AVANT-PROPOS

Ayant suivi pendant de longs mois la consultation si animée du Professeur Broca à l'hôpital des « Enfants-Malades » nous eûmes l'occasion d'y voir souvent des enfants atteints de coxalgie.

A leur arrivée, on en voyait beaucoup qui n'en étaient malheureusement plus à la période du début. Sans rechercher aucunement les causes de ces faits regrettables, nous eûmes conscience de l'importance du diagnostic précoce dans une telle maladie.

Cela nous frappa encore davantage lorsque nous songeâmes que le traitement, si efficace au commencement de l'affection, devenait, hélas, de plus en plus aléatoire par la suite. Aussi, serait-ce notre désir le plus cher si nous pouvions contribuer dans la mesure de nos faibles moyens, à l'étude des signes de la coxalgie à son début dont le diagnostic précoce commande l'avenir du malade.

Nous nous empressons de faire remarquer que nous n'avons eu nullement l'intention de traiter à fond toutes les questions qu'un tel sujet comporterait. Jamais telle prétention ne nous vint à l'esprit. Notre but fût uniquement d'exposer avec clarté les quelques signes cliniques qui nous parurent vraiment importants, fréquents, faciles

à rechercher, utiles en un mot en laissant de côté toutes les discussions théoriques.

Nous espérons y être parvenu et nous comptons en tous cas sur les dessins que nous avons exécutés nous-mêmes d'après des photographies pour éclairer l'exposition peut-être un peu abstraite d'une question particulièrement aride.

INTRODUCTION. — PLAN.

L'interrogatoire d'un individu que l'on suppose atteint de coxalgie ne diffère guère, dans son ensemble, de n'importe quel interrogatoire de malade. On établira les antécédents héréditaires et personnels du sujet ainsi que l'histoire de sa maladie en se souvenant que la coxalgie est « la tuberculose de l'articulation coxo-fémorale. » Il est évident que toute cause de tuberculose d'une part et de localisation de cette tuberculose à l'articulation de la hanche d'autre part constituera un renseignement étiologique plus ou moins précieux.

La première question que l'on doit naturellement poser au malade est celle-ci : « Pourquoi venez-vous consulter un médecin ? »

Il est à remarquer que contrairement à ce qui arrive pour une tumeur blanche du genou ou du coude, on n'amène jamais le malade atteint de coxalgie parce qu'il a l'articulation enflée. C'est ordinairement parce qu'il *souffre* ou plus souvent encore parce qu'il *boîte* ; parce qu'il « traîne la jambe ».

On étudiera plus tard comment il boite et comment il souffre, mais ce premier renseignement doit déjà orienter l'esprit vers une coxalgie possible.

Deux points méritent ensuite d'être particulièrement

précisés par l'interrogatoire du malade ou de son entourage, ce sont : 1° le mode et 2° la date du début de la maladie.

Cela n'est pas toujours facile surtout s'il s'agit d'un jeune enfant, ce qui est le cas le plus fréquent. Il vous sera presque toujours répondu que c'est à la suite d'un traumatisme sur la hanche qu'on s'est aperçu de la boiterie de l'enfant ou que l'on a fait attention à ses plaintes. Mais, comme le fait judicieusement remarquer M. le professeur Aug. Broca, dans une de ses Leçons cliniques, lorsqu'on demande : « depuis quand l'enfant marchait-il mal ? » On n'obtient aucune réponse précise. C'est que très souvent le traumatisme est douteux et constitue une étiologie de fortune, créée de toutes pièces par le malade ou son entourage et destinée à donner quand même une cause plausible à une affection dont la pathogénie est inconnue du vulgaire et dont le début est ordinairement si lent et si insidieux qu'il passe pour tous inaperçu.

Lorsqu'on a affaire à un sujet qui sait s'analyser ou à des parents soucieux de la santé de leur enfant, on peut cependant arriver à préciser par l'interrogatoire le mode de début de l'affection. Quelquefois, l'enfant a commencé par souffrir soit de la hanche elle-même, soit du genou et cela pendant la journée, à la suite d'une fatigue, d'un effort ou, le plus souvent, pendant la nuit.

Chez certains, ces douleurs arrivent même à provoquer un véritable cri nocturne analogue au cri méningitique.

D'autres fois, ce sont les troubles de la locomotion qui ont, pour la première fois, attiré l'attention du malade ou des siens.

Nous étudierons plus tard les troubles de la marche

chez les coxalgiques et nous verrons qu'ils sont dûs dans les débuts à une inertie plus ou moins grande du membre atteint.

Qu'il nous suffise de savoir, pour le moment, qu'une coxalgie peut débuter soit par de la douleur, soit plutôt par des troubles de la marche. Il serait tout aussi intéressant et malheureusement tout aussi difficile de savoir quelle est la date approximative du début de l'affection. Quand on peut y arriver — et on y arrive souvent — on possède une donnée des plus utiles pour apprécier la gravité des lésions que l'on observe en fonction de leur âge. Si l'interrogatoire peut fournir, dans certains cas, des renseignements précieux, c'est surtout à l'étude des *signes* fournis par le malade que l'on doit attacher le plus d'importance. On tirera les meilleures indications de l'aspect du malade debout, vu de face et de dos, ainsi que de la manière dont il marche. Puis, on le fera coucher et on déterminera alors sa véritable attitude sans que le poids du corps vienne vicier par son effet les positions naturelles. On pratiquera ensuite la palpation de ses masses musculaires et on en profitera pour rechercher l'hypertrophie du grand trochanter ainsi que l'adénopathie iliaque.

On cherchera ensuite à faire exécuter à l'articulation coxo-fémorale des mouvements passifs dont la plus ou moins grande amplitude renseignera sur le degré de l'ankylose articulaire. On terminera, enfin, son examen par la recherche des points douloureux, soit par la palpation digitale profonde, aux points d'élection de la douleur provoquée, soit par la percussion du talon ou du genou et par celle du grand trochanter.

I. *Aspect du malade (sujet debout).*

II. *Marche.*

III. *Détermination méthodique de sa véritable attitude (sujet couché).*

IV. *Palpation (hypertrophie du grand trochanter, adénopathie).*

V. *Mobilisation passive.*

VI. *Recherche des points douloureux.*

Tels sont les chapitres que nous nous proposons d'étudier et pour lesquels nous avons dessiné nous-mêmes des planches explicatives.

Il faut, avant de commencer son examen, obtenir que l'enfant soit entièrement nu ; puis, on se met en demeure de le remuer avec une infinie douceur. Ce n'est qu'en évitant toute douleur que l'on peut obtenir la résolution complète des muscles, indispensable à un examen sérieux.

Je voudrais pouvoir citer, ici, où ce serait tout à fait la place, les recommandations que mon maître le professeur Aug. Broca formule dans la première leçon du deuxième tome de ses cliniques. On y verrait, en particulier, qu'il faut avant tout rassurer le petit malade, lui poser des questions simples qu'il puisse comprendre, l'avertir de ce qu'on va lui faire et ne jamais le tromper (il paraît qu'il peut en être autrement chez l'adulte) et qu'enfin, il faut toujours comparer les résultats que l'on obtient d'un côté avec ceux que vous donnent les mêmes manœuvres dans les mêmes conditions sur la région symétrique du côté opposé.

Ces quelques divisions et ces quelques généralités étant posées, commençons notre examen et voyons d'abord comment se présente à nous un malade (ordinairement un enfant) atteint de coxalgie au début.

CHAPITRE PREMIER

I. — ASPECT DU MALADE (SUJET DEBOUT)

Il est nu et debout.

Son faciès est très souvent celui d'un enfant souffreteux. Il y a des coxalgies très douloureuses qui fatiguent très vite le malade, et d'ailleurs, toutes sont un empêchement aux libres mouvements de l'enfant, et par suite, une cause de dépression physique et morale. Cette constatation est utile à faire, car les sujets atteints de coxalgie hystérique ou de luxation congénitale de la hanche ne sont pas à proprement parler des malades et offrent ordinairement un faciès normal.

On remarque surtout que le jeune coxalgique a un de ses membres inférieurs qui est moins agile que l'autre, et qui paraît balant. Si on a affaire à un très jeune enfant, il sera bon d'explorer la motilité comparative de ses deux membres, en lui chatouillant alternativement la plante des pieds ; le membre sain se retirera davantage et plus vite que le membre malade.

Quand on ne peut même pas déceler la plus légère différence à l'œil nu entre le fonctionnement des deux jambes, on pratiquera ce que Lannelongue a appelé le « signe de l'épreuve. »

Tout en causant avec le malade, on le fait marcher,

s'arrêter, puis remarcher et s'arrêter de nouveau et on le maintient arrêté à un moment où il s'appuie à peu près également sur ses deux pieds. Quelquefois tout de suite, après l'arrêt et toujours dans un laps de temps très court, on lui voit prendre une position hanchée surtout visible de dos, à cause des bras masquant en partie la vue de face.

Son corps appuie tout entier sur son membre sain, tandis que l'autre prend une attitude de repos, la cuisse en légère flexion, le genou saillant en avant et quelquefois le pied en légère extension pour compenser la flexion de la cuisse (V. fig. 1 et 7).

Atrophies musculaires. — Si cette position hanchée existe, c'est qu'elle est due parfois à la douleur articulaire et aussi, le plus souvent à une faiblesse générale du membre se traduisant extérieurement par un certain degré d'atrophie des masses musculaires.

Ces atrophies indiquent que les os ou les articulations sont lésés et, dans le cas d'affection de la région de la hanche, elles deviennent, de ce fait, souvent signe de coxalgie.

Il y a ordinairement concomittance entre l'hypotonie musculaire qui, elle, ne peut être recherchée que par la palpation et l'atrophie musculaire qui peut aussi se juger à la vue.

Deux groupes de muscles sont surtout atteints :

1° Le quadriceps ;

2° Les muscles fessiers.

Atrophie du quadriceps. — Elle se caractérise par l'affaissement de la cuisse malade, comparativement à la cuisse saine qui paraît plus ronde (V. fig. 2).

Cet affaissement est surtout sensible au début, au-dessus du genou. Cette partie de la cuisse paraît plus maigre, plus élancée que la partie correspondante du côté sain. L'atrophie du quadriceps est un signe du début.

Atrophie des muscles fessiers. — Le quadriceps n'est pas le seul groupe de muscles qui soit touché. Il en est souvent ainsi des muscles fessiers.

Lorsque le malade est de dos, on voit que la fesse du côté malade est comme un peu avachie, elle est plus plate et semble plus flasque (V. fig. 7).

Cela se traduit aussi par l'abaissement du pli fessier qui est quelquefois très marqué.

L'atrophie musculaire de la coxalgie ne touche que très exceptionnellement le mollet, ce qui permet de la différencier de celle de la paralysie infantile, qui elle, prend n'importe quel muscle ou groupe de muscle sur toute la hauteur du membre.

Très souvent, les malades arrivent à une époque plus avancée où il y a déjà une position fixe du membre malade ayant entraîné des déformations de compensation.

Le sujet peut alors se présenter sous deux aspects.

Ou son membre malade est en flexion, adduction et rotation externe, ce qui est le cas le plus fréquent, ou il est en flexion, adduction et rotation interne.

La rotation (externe ou interne) n'est que la conséquence de la flexion associée à l'abduction ou à l'adduction.

Cette division devenue classique est commode pour la description, mais il faut bien dire qu'elle n'est pas fatale et qu'il existe des rotations internes avec de l'abduction et réciproquement de l'adduction combinée à des rotations externes.

D'ailleurs, ce n'est pas par l'inspection du malade debout que l'on peut apprécier le vrai degré de ces déformations.

Nous apprendrons à mesurer approximativement sur le sujet couché cette flexion, cette abduction ou cette adduction et enfin cette rotation interne ou externe.

Mais ce qui frappe, à première vue, et que l'on peut mieux apprécier, lorsqu'on observe un malade à cette période et dans la station debout ce sont, lorsqu'il est vu de face, la différence de *niveau* et de *saillie* des épines iliaques antéro-supérieures et lorsqu'il est vu de dos, l'*ensellure lombaire* et la *pseudo-scoliose rachidienne* qui n'est, elle aussi, qu'une courbure de compensation de la colonne vertébrale, mais dans le sens frontal.

1° **Aspect de face.** — *Différence de niveau et de saillie entre les deux épines iliaques antéro-supérieures.* — La flexion, l'abduction et la rotation externe qui constituent l'ensemble des déformations les plus fréquentes de la coxalgie au début, ne s'accommodent que très imparfaitement à la marche. Si le malade continue à vaquer à ses occupations malgré sa lésion, on voit bientôt intervenir le bassin pour corriger la déformation et conserver le parallélisme des membres inférieurs, indispensable à la locomotion (V. fig. 1).

L'abduction entraîne le membre inférieur en dehors de la ligne médiane du corps, aussi le bassin s'incline-t-il du côté malade et voit-on l'épine iliaque de ce côté, plus basse que celle du côté opposé.

Il y a aussi saillie de cette épine iliaque (c'est-à-dire

celle du côté malade) pour corriger le retrait antéro-postérieur du membre dû à la rotation externe.

C'est le contraire, lorsque le membre malade est en flexion, abduction et rotation interne, ce qui est fréquent même au début et ce qui en tout cas constitue la défor-

FIG. 1.

Fillette coxalgique au début (flexion, abduction et rotation externe du membre inférieur gauche. Abaissement et saillie de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, Position hanchée sur la hanche saine. Atrophie du quadriceps gauche.

mation, succédant le plus souvent à la précédente, c'est-à-dire à la flexion, abduction et rotation externe.

Dans ce cas, il y a ascension et retrait de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade (V. fig. 2).

Raccourcissement ou allongement apparent ou réel. — Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails de la discussion ayant trait au raccourcissement ou à l'allongement apparent ou réel.

Résumons-en cependant quelques points essentiels.

Les observateurs ont d'abord été frappés, — et nous le serions aussi, si nous n'étions prévenus, — par les faits suivants, en apparence paradoxaux.

Dans la première position de flexion, d'abduction et

FIG. 2.

Jeune coxalgique au début. Garçon de 5 ans (flexion, adduction, rotation interne du membre droit), Elévation de l'épine iliaque antéro-supérieure droite Flexion de la jambe gauche saine pour compenser le raccourcissement dû à la flexion de la cuisse droite combinée à son adduction ainsi qu'à une légère usure des surfaces de l'articulation coxo-fémorale droite (ascension du grand trochanter droit sans saillie). Atrophie très marquée du quadriceps droit.

de rotation externe, il y a allongement apparent du membre malade, celui-ci paraît plus long, le talon est plus bas et cependant quand on mesure le membre dans toute sa longueur de l'épine iliaque antéro-supérieure, à la face plantaire, on trouve qu'il est plus court que le membre sain. C'est ce qu'on a appelé, à tort, le raccour-

cissement réel. Par contre, dans la deuxième position de flexion, adduction et rotation interne, alors qu'il y a nettement raccourcissement apparent (V. fig. 3), on trouve cependant un allongement, à la mensuration, de toute la longueur du membre, c'est-à-dire de l'épine

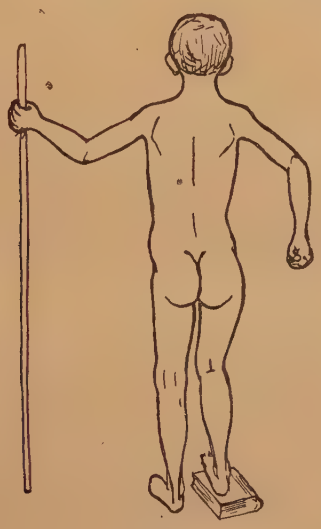

Fig. 3.

Jeune coxalgique au début. Garçon de 5 ans (Flexion, adduction, rotation interne du membre inférieur droit). Raccourcissement fonctionnel mesuré par un livre. Il est dû ici à la flexion de la cuisse droite combinée à son adduction et aussi à une légère usure des surfaces de l'articulation coxo-fémorale droite.

iliaque antéro-supérieure à la plante du pied. C'est ce qu'on a appelé à tort l'allongement réel.

En réalité, il n'y a qu'un paradoxe apparent dans ces résultats mal interprétés.

L'inclinaison du bassin et toutes les déformations qui en résultent ou dont elle est au contraire la conséquence, fausse les résultats. Si on en veut la preuve, il suffit de

prendre la longueur du membre inférieur, segment par segment ; on trouve la plupart du temps que le membre malade a exactement les mêmes dimensions en longueur que le membre sain.

Quelquefois cependant il y a une différence vraiment réelle, c'est-à-dire obtenne par la mensuration segment par segment.

Il est exceptionnel de trouver un allongement. Il est dû alors à un trouble trophique bien étudié par Ollier.

Le plus souvent, lorsqu'il y a une vraie différence entre la longueur des deux membres, on a affaire à un raccourcissement du membre malade.

Ce raccourcissement est dû, soit à l'usure des parties articulaires (tête fémorale et cavité cotyloïde), soit à une luxation pathologique. Mais alors on n'a pas affaire à une coxalgie au début.

D'ailleurs, nous verrons plus loin, lors de l'examen par la palpation sur le sujet couché, comment on peut se rendre compte, sans appareil, de ces lésions produisant ces raccourcissements vraiment réels.

L'usure des parties articulaires se décèle par l'ascension de la pointe du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton Roser et la luxation pathologique par cette même ascension combinée en plus à la saillie du grand trochanter (V. fig. 4, 5 et 6).

En somme, nous voyons qu'il est inutile de pratiquer des mensurations ordinairement compliquées, alors que des signes bien plus commodes permettent tout aussi bien d'affirmer l'existence d'une coxalgie et de savoir à quel degré elle en est.

Il n'y aurait qu'un cas vraiment exceptionnel où la

mensuration permettrait d'une manière commode, d'affirmer l'existence d'une coxalgie, c'est lorsque le membre malade est vraiment allongé. Mais c'est tellement rare, qu'en pratique il est inutile d'y songer. Une conséquence intéressante du raccourcissement chez un coxalgique au début présentant de la flexion et de l'adduction, c'est

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fillette de 11 ans. Coxalgie avancée (hanche gauche). Raccourcissement très marqué, dû à une luxation pathologique (Ascension et saillie du grand trochanter gauche).

qu'il corrige le raccourcissement par la flexion de la jambe saine (V. fig. 2).

2° **Aspect de dos**. — *Ensellure lombaire et scoliose (courbure frontale de la colonne vertébrale)*. — Si maintenant, on observe le sujet de dos, on voit qu'il s'est exécuté dans ses articulations lombaires, un double mouvement d'inclinaison du bassin et de torsion autour de la colonne vertébrale.

Si le malade présente le type le plus fréquent, c'est-à-dire la flexion, l'abduction et la rotation externe de la

cuisse, on voit que le bassin a esquissé un commencement de mouvement de spire qui se traduisait tout à l'heure de face, par la descente et la saillie de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade.

La bascule du bassin en avant se traduit par l'enseellure lombaire bien évidente de profil et que nous étudierons plus utilement sur le sujet couché.

Fig. 7.

Fillette coxalgique au début (Flexion, abduction, rotation externe du membre inférieur gauche malade. Position hanchée sur la jambe droite. Atrophie de la fesse gauche. Abaissement du pli fessier de ce côté.

Quant à la torsion du bassin autour de la verticale du corps qui se traduisait tout à l'heure sur le sujet de face par la descente de l'épine iliaque du côté malade, elle correspond de dos à une pseudo-scoliose lombaire qui n'est qu'une courbure de la colonne vertébrale dans le plan frontal dont la convexité est naturellement dirigée du côté de la coxalgie (V. fig. 7).

Elle est destinée à ramener le membre inférieur qui est en abduction sur le même plan frontal que le membre sain et constitue, par conséquent, la répercussion rachidienne de cette abduction fémorale.

Si le malade a son membre coxalgique en flexion, adduction et rotation interne, on observe aussi une ensellure lombaire corrigeant la flexion et si la scoliose existait, elle aurait sa concavité tournée du côté de la coxalgie.

Cette discussion est un peu théorique. Les malades ne présentent pas forcément toutes les déformations et toutes les corrections indiquées ci-dessus. Elle était cependant utile ponr comprendre tous les cas cliniques particuliers.

Quand on a examiné l'enfant debout, de face et de dos, il est logique de le faire marcher.

CHAPITRE II

MARCHE

Ce chapitre ne prêtant qu'à une illustration cinématographique, je me bornerai à citer pour l'étude de la marche d'un coxalgique le passage suivant extrait des *Leçons de clinique de chirurgie infantile* de mon maître le professeur Aug. Broca, qui donne les idées générales nécessaires.

« Lorsque la claudication est légère, peu visible, vous pouvez faire comme les maquignons et « écouter la marche ». A condition, bien entendu, que le malade ait une chaussure avec talon et marche sur un sol sonore ».

Alors, avec un peu d'attention, vous percevez une différence dans l'intensité avec laquelle chaque membre frappe le sol. Dans les livres classiques, c'est toujours à propos de la coxalgie qu'on décrit ce signe du maquignon. Or, il ne lui appartient nullement en propre ; que ce soit en raison d'une lésion de la hanche, du genou ou du pied, il se produit de même. Une de ces jointures est malade ; chaque mouvement, chaque pression surtout y éveille une douleur perçue ou non perçue et instinctivement l'appui correspondant est pour ainsi dire escamoté, puis suivi d'une chute plus violente sur le membre sain ».

Mais dans d'autres cas de coxalgie non douloureuse par exemple, la démarche ne peut traduire que l'ankylose et ce peut être alors le membre malade qui supporte le plus longtemps le poids du corps.

« Donc, dit toujours le professeur Broca, ce signe (du maquignon) peut vous servir à reconnaître une claudication encore invisible ou à peu près ; mais il ne signifie pas que la hanche soit en jeu ; il ne vous permet même pas de dire que le pas le plus sonore corresponde au membre sain ».

En somme, l'étude de la marche d'un coxalgique ne donne souvent que des renseignements évidents ou au contraire facilement trompeurs.

CHAPITRE III

DÉTERMINATION MÉTHODIQUE DE LA VÉRITABLE ATTITUDE DU MALADE (SUJET COUCHÉ)

Après avoir examiné le sujet debout et en marche, on le fait allonger naturellement sur un plan dur et résistant et cela avec toutes les précautions nécessaires.

Puis on le regarde.

Il n'est pas toujours aisé de se rendre un compte exact de l'attitude d'un coxalgique. Si on ne le mettait dans certaines positions déterminées et heureusement choisies, on risquerait de méconnaître parfaitement une déformation même accentuée.

Le corps humain s'accommode en effet avec une grande ingéniosité aux circonstances créées par la lésion. Il tend à conserver toujours et malgré tout à l'individu son centre de gravité là où il doit être et aussi (si la coxalgie est douloureuse) à immobiliser le plus possible le siège de cette douleur.

Aussi faut-il savoir corriger la correction naturelle d'une déformation pour que celle-ci apparaisse pure et nette.

1° **Y a-t-il flexion ?** — On peut commencer son exa-

men du sujet couché en se demandant par exemple si la cuisse est fléchie ou non sur le bassin.

On aurait les plus grandes chances de se tromper sur l'état de la flexion de la cuisse si on se contentait d'en juger à première vue.

Il faut avant tout se rendre compte s'il existe ou non une ensellure lombaire qui, elle, est le résultat de la correction de la flexion de la cuisse.

L'ensellure lombaire est une déformation intéressant

Fig. 8.

Jeune coxalgique au début. Garçon de 5 ans présentant une ensellure lombaire très nette. Flexion abduction de la cuisse droite.

les vertèbres lombaires et qui se décèle par un vide, un véritable tunnel à voûte lombaire lorsque le sujet qui la présente est couché à plat sur le dos sur un plan résistant (V. fig. 8).

Pour l'apercevoir dans les cas douteux, on examinera le malade de profil et suivant un plan assez bas pour découvrir s'il existe un jour entre le plan résistant et la colonne lombaire.

On pourra aussi passer la main à plat sous les lombes et on jugera ainsi l'espace qui sépare la surface plane de la table de la surface convexe des lombes du malade.

On appréciera l'état de flexion de la cuisse sur le bassin en élevant la cuisse jusqu'à ce que ce mouvement ait complètement corrigé l'ensellure lombaire et celà est obtenu lorsqu'en essayant de passer la main ou les doigts à l'endroit où, tout à l'heure, il y avait un vide, on ne peut y parvenir (V. fig. 9).

L'angle que fait l'axe de la cuisse avec le plan résis-

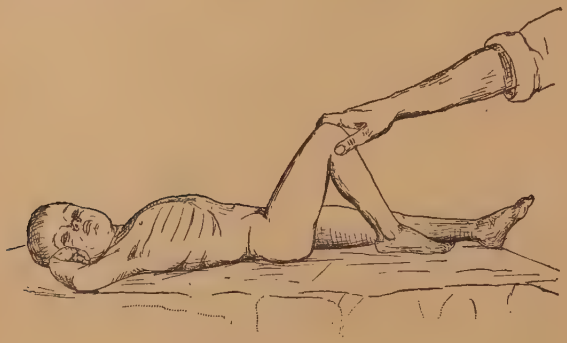

Fig. 9.

Jeune coxalgique au début, garçon de 5 ans. Manière de rechercher la flexion qui est ici de 45 degrés environ. L'ensellure lombaire a disparu.

tant sur lequel le malade est couché alors que l'ensellure est corrigée, indique le degré de flexion réelle de cette cuisse sur le bassin.

La flexion est un signe important et précoce de coxalgie et l'ankylose coxo-fémorale est d'autant plus marquée qu'elle-même l'est davantage.

2° **Y a t-il abduction ou adduction ?** — Au début, et c'est ce qui nous intéresse, il y a plus souvent abduction légère qu'adduction. Mais celle-ci peut exister aussi et il est utile de savoir la rechercher.

Recherche de l'abduction. — De même que pour la flexion, l'apparence est souvent trompeuse.

Il faut avoir soin de mettre le tronc de l'enfant bien droit, la jambe saine aussi et surtout de bien veiller à ce que les épines iliaques antéro-supérieures soient bien au même niveau.

Lorsqu'elles y sont, on voit, s'il y a abduction, que la cuisse s'écarte du plan sagittal du corps et fait avec lui un angle plus ou moins grand dont la mesure est celle de l'abduction (V. fig. 10).

FIG. 10.

Fillette coxalgique au début. Flexion-abduction et rotation externe du membre inférieur gauche. Atrophie du quadriceps gauche.

Recherche de l'adduction. — La recherche de l'adduction est analogue et ne diffère de celle-ci que parce que la cuisse est alors dirigée en dedans.

Les mêmes précautions sont utiles.

On est sûr de la position de la cuisse lorsqu'en lui imprimant un léger déplacement dans un sens ou dans l'autre on voit que les saillies des épines iliaques ne sont plus au même niveau (V. fig. 11).

3° **Y a-t-il rotation et quelle est-elle ?** — Pour bien apprécier la rotation, il faut (la flexion et l'abduction ou l'adduction exactement déterminées, c'est-à-dire l'enselure lombaire étant disparue et les épines iliaques étant au même niveau (se rendre compte si la rotule est dans le plan sagittal de la cuisse ou non. Si elle y est, il n'y a pas de rotation. Si elle regarde en dehors, il y a

Fig. 11.

Jeune garçon coxalgique. Recherche de l'adduction.

rotation externe (V. fig. 10) et si elle regarde en dedans, il y a rotation interne.

Mais presque toujours la rotation interne est fonction de l'adduction et la rotation externe celle de l'abduction.

4° **Y a-t-il raccourcissement ?** — Nous avons déjà vu qu'on avait beaucoup discuté sur la question du raccourcissement réel ou apparent et nous avons étudié ce qu'il fallait en penser théoriquement. Pratiquement, il n'y en a qu'un qui soit intéressant au point de vue fonctionnel, c'est le raccourcissement apparent, et il n'y en a qu'un d'intéressant au point de vue pronostic, c'est le raccourcissement réel.

Le raccourcissement apparent se juge facilement, soit sur le sujet debout, soit sur le sujet couché en évaluant

la distance qui sépare les plans tangents aux deux talons dans la position naturelle du sujet (V. fig. 3).

Ce raccourcissement fonctionnel peut être assez accentué même au début. Il entraîne naturellement la claudication et nous savons que celle-ci est, avec la douleur, l'un des premiers symptômes qui amènent le malade à consulter un médecin.

Une notion est indispensable à retenir, c'est qu'il n'y a de raccourcissement réel que celui qui est dû à l'usure des parties osseuses de l'articulation (condyle fémoral ou

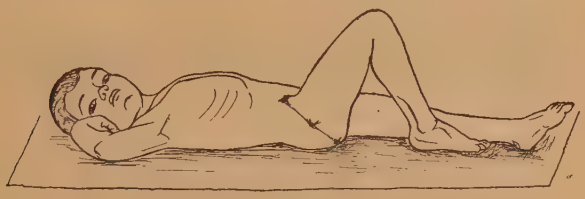

Fig. 12.

Ligne de Nélaton-Roser chez un jeune coxalgique au début sans raccourcissement réel.

cavité cotyloïde) ou alors à une luxation pathologique. Donc, comme corrélation de ce raccourcissement réel, on trouvera l'ascension du grand trochanter au-dessus de Nélaton-Roser qui est un signe commun à ces deux processus.

Cette ascension s'évalue en comparaison de la ligne de Nélaton-Roser constituée, comme on le sait, par trois points en ligne droite lorsque tout est normal et que la cuisse est en flexion de 45° sur le bassin. Ces points sont l'épine iliaque, le sommet du grand trochanter et l'ischion (V. fig. 12).

On recherche si le grand trochanter et élevés et fait

de cette ligne droite physiologique une ligne brisée à sommet trochantérien, soit en faisant une marque sur les trois points en question, en mettant la cuisse en flexion à 45° et en voyant si le sommet du trochanter fait un angle ouvert en bas avec la ligne fictive qui le réunirait d'une part à l'épine iliaque et de l'autre à l'ischion (V. fig. 13), soit plus simplement en comparant les deux côtés, le côté sain et le côté malade et en s'aidant de la palpation pour voir si le sommet du tro-

Fig. 13.

Ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser due à une luxation pathologique chez une fillette atteinte de coxalgie ancienne.

chanter est plus élevé d'un côté que de l'autre. Nous étudierons ce procédé en même temps que la recherche de l'hypertrophie du grand trochanter par le palper.

Disons tout de suite que si on trouve une ascension du grand trochanter d'une part, et de l'autre un raccourcissement, on peut affirmer que le raccourcissement est réel. Cette manière de procéder dispense d'avoir un appareil mensurateur qui peut être utile dans une clinique pour préciser un cas douteux mais qui est un instrument inutile et d'ailleurs encombrant dans la majorité des cas.

Y a-t-il luxation pathologique ? — Supposons qu'il y ait ascension du grand trochanter au-dessus de la

ligne de Nélaton-Roser. Il faut se demander si cette ascension est due à une usure des parties osseuses de l'articulation (condyle fémoral ou cavité cotyloïde) ou à une luxation.

Une seule constatation différenciera ces deux états. Y a-t-il ou n'y a-t-il pas saillie du grand trochanter ?

Si oui, on a affaire à une luxation (V. fig. 4, 5, 6), s'il n'y a qu'une simple ascension, il y a usure des parties osseuses de l'articulation.

On fera d'ailleurs bien de s'aider de la palpation dans la recherche de la saillie du grand trochanter. Mais le plus souvent, lorsqu'il y a luxation pathologique, la coxalgie est déjà ancienne et le diagnostic s'impose.

CHAPITRE IV

PALPATION

Une petite remarque est à faire, c'est que la peau de la région supéro-externe de la cuisse du côté malade est plus épaisse et plus dure que celle du côté opposé. On s'en rend compte en la pinçant entre deux doigts.

1° **Atrophie et hypotonie du quadriceps.** — On prend le quadriceps entre le pouce et les quatre autres

FIG. 14.

Recherche de l'atrophie et de l'hypotonie du quadriceps chez une fillette coxalgique au début (abduction et rotation externe).

doigts, de préférence au tiers inférieur de la cuisse et on se rend compte par opposition avec la région symétrique du côté sain que le muscle est plus mou, moins épais et qu'il se contracte moins (V. fig. 14).

Mais ce dernier signe est surtout sensible pour les masses fessières.

2° **Atrophie et hypotonie des masses fessières.** — Si on met le malade à plat sur le ventre et que l'on pince les muscles fessiers dans une direction *perpendiculaire* à celle de leurs fibres, on sent très bien que le muscle sain répond à cette excitation par une contraction ce qui n'a pas lieu pour le muscle du côté malade qui est en hypotonie (V. fig. 15).

A côté de celà, il est évident qu'on le sent aussi plus mou et moins épais.

3° **Hypertrophie du grand trochanter.** — Celle-ci est très souvent un signe de début, elle n'est pas due à

Fig. 15.

Recherche de l'atrophie et de l'hypotonie des masses fessières chez un petit coxalgique au début (adduction et rotation interne).

la présence d'un foyer tuberculeux dans l'épaisseur de l'os mais à un épaississement des tissus qui l'environnent.

On s'en rend compte en pinçant entre le pouce et les autres doigts le grand trochanter et en comparant la dimension obtenue avec celle que l'on obtient en prenant les mêmes précautions du côté opposé (V. fig. 16).

4° **Ascension du grand trochanter.** — Elle se recherche aussi par la palpation. Le malade étant placé bien symétriquement, les épines iliaques bien au même

niveau, on accroche avec l'index de chaque main le sommet des deux trochanters sans les déplacer par rapport aux épines iliaques, on juge ainsi fort bien si un sommet trochantérien est plus près de son sommet iliaque que celui du côté opposé. La palpation peut

Fig. 16.

Recherche de l'hypertrophie du grand trochanter chez un petit coxalgique au début, âgé de 5 ans.

aussi faire bien juger dans certains cas la saillie du grand trochanter du côté où il s'est produit une luxation pathologique.

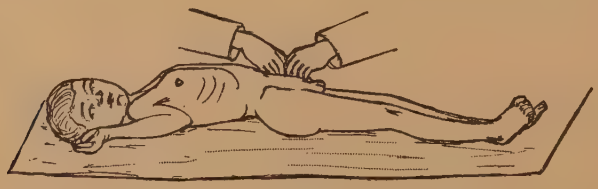

Fig. 17.

Recherche des ganglions de la fosse iliaque.

5° **Recherche des ganglions de la fosse iliaque**. — On doit rechercher les ganglions de la fosse iliaque et non ceux de l'aine. Ceux-ci n'ont pour la coxalgie aucune valeur.

Pour trouver les ganglions de la fosse iliaque, on pratiquera la palpation profonde de la fosse iliaque. On déprimera les muscles de la paroi abdominale en enfonçant la pulpe des doigts progressivement, doucement et

profondément. On fera cette manœuvre de dedans en dehors comme si on voulait palper une appendicite mais à un niveau plus bas. On arrivera ainsi à sentir très souvent au début d'une coxalgie une masse empâtée correspondant aux ganglions engorgés (V. fig. 17). Il faut toujours rechercher de la même manière s'il n'y a pas aussi dans la région opposée une semblable adénopathie.

CHAPITRE V

MOBILISATION PASSIVE

Elle consiste à essayer de communiquer, par l'intermédiaire de la cuisse, des mouvements à l'articulation coxo-fémorale.

Celà est quelquefois impossible lorsque l'ankylose est complète mais, le plus souvent, surtout au début de l'affection, elle n'est que partielle.

C'est surtout ici qu'il faut mobiliser le sujet avec des précautions infinies pour éviter la douleur et par suite les raideurs musculaires.

On recherche ainsi l'étendue de la flexion, de l'abduction de l'adduction, de la rotation et enfin de l'extension. On y va progressivement pour se rendre compte du moment où ce n'est plus le membre seul qui suit l'impulsion de la main mais aussi le bassin.

C'est là le point important : saisir l'instant précis où le bassin suit l'impulsion que vous donnez à la cuisse.

L'attitude prise par la cuisse du côté suspect au moment où le bassin est prêt à la suivre comparée avec son attitude normale alors que toutes les corrections sont faites, indique le degré de mobilisation de la cuisse, par suite le degré d'ankylose de l'articulation.

1° **Etude de la flexion passive.** — Pour bien étudier cette flexion, on mobilisera très doucement le membre inférieur entre le pouce et l'index d'une main comme support, tandis que l'on met l'autre sous la région lombaire de l'individu couché à plat sur le dos.

On se rend compte de l'ensellure lombaire et on commence à fléchir la cuisse sur le bassin. Il est entendu que l'on va très doucement. Tant que la flexion se fait dans l'articulation coxo-fémorale, la main qui est sous la région lombaire de l'individu ne sent aucun déplacement de la colonne lombaire car il n'y a que le fémur qui soit mobilisé mais dès qu'on a atteint la limite de flexion naturelle, le bassin participe lui aussi au mouvement provoqué et on s'en rend compte par la mobilisation de la colonne lombaire qui vient plus ou moins coïncer les doigts de la main qui est placée sous elle entre celle-ci et le plan résistant.

L'angle que fait l'attitude du membre à ce moment avec son attitude naturelle indique le degré de flexion que possède l'articulation coxo-fémorale.

2° **Étude de l'hyperflexion passive.** — C'est une manœuvre simple et qui donne, elle aussi, de bons renseignements sur l'étude du mouvement de flexion de l'articulation soupçonnée de coxalgie. Elle consiste à plier la jambe sur la cuisse et à fléchir le tout sur le bassin en prenant le sujet à pleiue main par le genou.

Du côté sain, on arrive à l'hyperflexion complète si bien que la face antérieure de la cuisse touche la paroi abdominale.

Du côté malade, il n'en est plus de même et après

avoir obtenu toute la flexion naturelle, il arrive un moment où on ne peut plus fléchir du tout la cuisse sur le tronc.

Si on a la précaution de faire cette manœuvre sur les deux membres à la fois, on voit par différence quel est le degré de flexion de la jambe malade, degré d'autant plus faible que l'articulation coxo-fémorale est plus ankylosée (V. fig. 18).

FIG. 18.

Recherche de l'hyperflexion passive. Coxalgie droite au début chez un enfant de 5 ans. Hyperflexion très limitée.

3° **Etude de l'abduction et de l'adduction passive.** — Une fois qu'on a des renseignements sur l'étude de la flexion et de l'hyperflexion, on recherche l'étendue de l'abduction en plaçant le malade sur le dos, les talons joints sous les fesses. On s'assure qu'il est bien symétriquement placé, c'est-à-dire que le nombril, la ligne blanche, le sillon interfessier, sont bien dans le plan sagittal du corps et on commence à écarter les genoux en dehors lentement et progressivement (V. fig. 19).

Du côté sain, on arrive à appliquer la face externe de la cuisse et de la jambe sur le plan résistant où est couché le malade sans que la ligne blanche de l'abdomen soit déplacée dans ce mouvement.

Du côté coxalgique, l'abduction est plus ou moins limitée suivant que l'articulation est plus ou moins ankylosée.

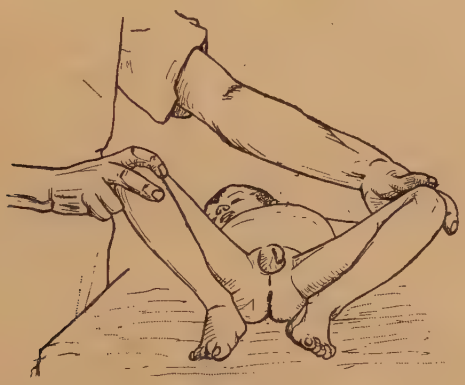

Fig. 19.

Recherche de l'abduction passive. Coxalgie droite au début chez un enfant de 5 ans.

On se rend un compte exact de cette ankylose en prenant comme position limite d'abduction permise celle où le malade a encore sa ligne blanche absolument dans le plan sagittal du corps mais où, si on augmentait tant soit peu l'abduction, cette ligne commencerait à se déplacer en même temps que la cuisse du côté malade.

Cette limitation de l'abduction est un signe très important et très précoce auquel il faut ajouter une grande importance.

Pour chercher l'adduction passive on opérerait d'une manière analogue.

4° **Recherche de la rotation passive.** — Pour pratiquer cette recherche on place ses deux mains à plat une sur la face antérieure de la cuisse et l'autre sur celle de la jambe et on roule successivement un membre après l'autre comme si on voulait travailler une pâte avec un rouleau de pâtissier (V. fig. 20).

On fait ce mouvement avec une extrême douceur et on voit que, sur la jambe saine, la course que l'on peut ainsi communiquer au pied est beaucoup plus grande que celle que l'on peut obtenir dans les mêmes conditions du côté malade.

FIG. 20.

Recherche de la rotation passive. Coxalgie droite au début chez un enfant de 5 ans.

On le voit et surtout on le sent, car dès qu'on est arrivé à la limite de la rotation, on éprouve une résistance très nette et si on continue son mouvement, la paume des mains arrive à glisser sur la peau de la face antérieure de la jambe, mais le pied ne continue pas pour cela sa course dans le sens que l'on voudrait lui imprimer.

On apprécie ainsi la rotation interne et externe en les comparant entre elles et aussi avec celles de la jambe du côté sain.

On voit ainsi que la rotation externe est plus gênée lorsque la cuisse est en adduction et que réciproquement la rotation interne l'est davantage lorsque la cuisse est en abduction.

5° **Recherche de l'extension passive.** — Pour cela, on fait coucher le malade sur le ventre, on lui fait mettre la jambe à angle droit sur la cuisse et pendant que d'une main on fixe à travers la fesse le bassin sur le plan résistant pour empêcher n'importe quel mouvement de sa part, on soulève doucement avec l'autre main une jambe

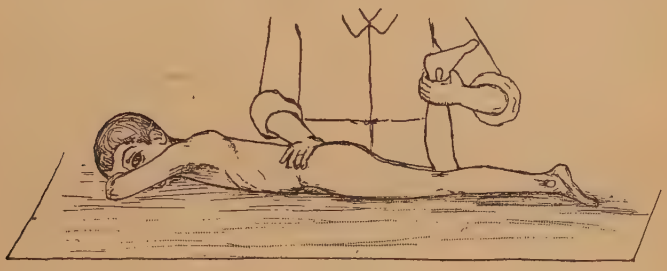

Fig. 21.

Recherche de l'extension passive. Coxalgie droite au début chez un enfant de 5 ans.

puis l'autre en la prenant par la région sus-malléolaire. (V. fig. 21).

On voit, de cette manière, que du côté sain on peut faire accomplir à la rotule un chemin relativement grand tandis qu'il n'en est pas de même du côté coxalgique.

On éprouve, du reste, de ce côté-là une sensation de résistance qui est beaucoup plus nette que le déplacement pourtant évident de la rotule.

CHAPITRE VI

LA DOULEUR DANS LA COXALGIE. — (RECHERCHE DES POINTS DOULOUREUX).

La douleur spontanée ou provoquée est pour certains un des signes les plus précoces et les plus importants en faveur d'une coxalgie.

Nous avons vu qu'une coxalgie pouvait très bien débuter et arriver même à de grandes déformations sans pour cela être douloureuse.

Ce n'est donc pas un signe absolument constant.

Quand il existe, il n'en acquiert pas moins une grande valeur.

1° **Douleur spontanée.** — Nous nous étendrons peu sur elle car elle ne comporte aucune illustration. Rappelons cependant qu'elle peut siéger soit à l'articulation coxo-fémorale elle-même et c'est le malade qui vous l'affirme, soit, ce qui est plus extraordinaire, au niveau du genou.

M. le professeur Aug. Broca a dit : « Dans les douleurs du genou, le genou n'ayant rien, c'est la hanche qui est malade ».

D'où la nécessité de toujours examiner la hanche quand un malade se plaint du genou et qu'on n'y trouve rien de vraiment typique.

On a essayé d'expliquer comme on a pu cette douleur du genou dans la coxalgie, l'attribuant tour à tour à une douleur sympathique, métamérique, névralgique ou médullaire, c'est-à-dire traduisant une médullite tuberculeuse du fémur, concomittante à la coxalgie.

Nous n'avons pas l'intention de discuter ici ces différentes théories. Ce qui est plus intéressant au point de vue clinique, c'est la douleur provoquée et les moyens de la réaliser.

2° **Douleur provoquée.** — Il faut provoquer la douleur avec discrétion et méthode, aller progressivement d'un endroit que l'on sait indolore au siège supposé de la plus vive douleur et toujours suivre sur le visage du malade l'impression qu'il ressent. Enfin, il faut toujours comparer les résultats obtenus dans une région avec ceux que vous donnent la région symétrique du côté opposé.

Ce qui fait la difficulté de cette recherche, c'est que l'articulation de la hanche est une articulation profonde entourée par des muscles nombreux et puissants, aussi faut-il chercher à provoquer cette douleur par la palpation profonde en certains points heureusement choisis ou alors en percutant un point osseux de manière à atteindre indirectement par le choc communiqué l'articulation coxo-fémorale.

1° *Points douloureux de l'aine et de la fesse.* — C'est pourquoi on recommande de rechercher un point douloureux dans l'aine un peu au-dessous de l'arcade de

Fallope, au milieu de la base du triangle de Scarpa. C'est en somme la tête fémorale que l'on veut atteindre.

Cette recherche se fait lentement, profondément, avec la pulpe de un ou deux doigts (V. fig. 22).

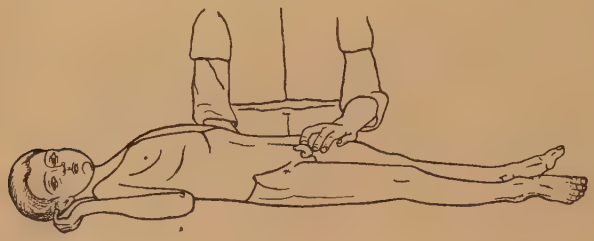

Fig. 22.

Recherche du point douloureux de l'aine à la base du triangle de Scarpa. Coxalgie droite au début (abduction et rotation externe).

Ou encore concurremment avec celle de la douleur fessière en empoignant la face antéro-externe de la cuisse dans le creux de la main et en appuyant le pouce dans l'aine et les quatre autres doigts en coin au milieu des masses fessières au niveau de la projection de la tête fémorale sur la masse convexe des muscles fessiers. (V. fig. 23).

Fig. 23.

Recherche simultanée des points douloureux de l'aine et de la fesse chez un enfant de 5 ans (adduction et rotation interne).

Il est bien évident que cette manœuvre ne peut se faire que chez l'enfant.

On peut rechercher aussi le point douloureux fessier comme si on allait provoquer l'extension passive, c'est-à-dire le malade sur le ventre, la jambe à angle droit sur la cuisse saisie par la région sus-malléolaire. On fait alors un peu d'extension passive en même temps qu'on appuie avec le pouce au milieu de la fesse à égale distance du trochanter et du sillon interfessier.

2° *Point douloureux du grand trochanter.* — Sa recherche se fait en appuyant sur la tête du grand trochanter (V. fig. 24).

Fig. 24.

Recherche du point douloureux du grand trochanter.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la pression sur la membrane obturatrice au moyen du toucher rectal, c'est une recherche dont il faudra se dispenser autant que possible. On arrivera quelquefois à provoquer un douleur articulaire en écrasant la tête fémorale sur le condyle par une pression de dehors en dedans, alors que la cuisse sera maintenue en flexion, adduction et rotation interne.

On terminera enfin son examen en percutant de dehors en dedans le grand trochanter ainsi que le talon de bas en haut (V. fig. 25)

On percute avec la paume de la main. Il faut avoir soin, dans ce cas là, de maintenir tout le membre inférieur en ligne pour que le choc produit au talon puisse se répercuter entièrement à la cavité cotyloïde et à la tête fémorale.

FIG. 25.

Recherche de la douleur provoquée de la hanche par la percussion du talon.

CONCLUSIONS

On voit, en somme, qu'il existe un grand nombre de signes de coxalgie au début.

Cela indique suffisamment qu'il n'y en a aucun d'absolument sûr.

Il ne faut guère s'en étonner, car les signes pathognomoniques sont rares, surtout au début d'une affection.

Il en est du diagnostic précoce de la tuberculose de la hanche comme de celui de la plupart des maladies. Il s'établit en tenant compte évidemment du nombre et de la valeur absolue des signes trouvés, mais aussi et surtout de leur importance relative.

La difficulté, ici comme ailleurs, est d'étayer logiquement un faisceau de symptômes pouvant permettre d'affirmer un diagnostic certain.

C'est du reste ce qui fait un des grands intérêts de la médecine, cette science et cet art à la fois. Si celle-ci est, en effet, une science exacte par son côté expérimental, elle est aussi un art spéculatif par la discussion logique qu'elle nécessite pour arriver à l'édification de la vérité clinique au moyen des résultats expérimentaux.

Mais pour raisonner sur des bases sûres, il faut connaître à fond la symptomatologie d'une maladie dont le diagnostic est la conséquence.

Aussi est-ce pour faciliter le diagnostic précoce d'une coxalgie et pour éviter que des malades ne se fassent soigner trop tard efficacement, que nous avons traité avec autant de soins que possible le sujet de cette modeste thèse.

Vu :
Le Président de la Thèse,
SEGOND.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 7

INTRODUCTION. — PLAN 9

CHAPITRE PREMIER. — **Aspect du malade (sujet debout)** 19

CHAPITRE II. — **Marche** 24

CHAPITRE III. — **Détermination méthodique de la véritable attitude du malade (sujet couché)** 26

CHAPITRE IV. — **Palpation** 34

CHAPITRE V. — **Mobilisation passive** 38

CHAPITRE VI. — **La douleur dans la coxalgie. — Recherche des points douloureux** 44

CONCLUSIONS 49

Tra ail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués

Saint-Brieuc. — Typ. F. Guyon — (1098-5-10).